FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 4 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

JEAN-ALEXANDRE BACQUE

Né à Limoges, le 21 Mars 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU CANCER DE L'INTESTIN

Le Cancer de l'Intestin chez les Adultes

de 20 à 30 ans

Président : M. PROUST, *professeur.*

Juges : MM. PANAS, *professeur.*
BRUN et LETULLE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MEDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1893 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 4 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

JEAN-ALEXANDRE BACQUE

Né à Limoges, le 21 Mars 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU CANCER DE L'INTESTIN

Le Cancer de l'Intestin chez les Adultes

de 20 à 30 ans

Président : M. PROUST, *professeur.*

Juges : MM. PANAS, *professeur.*
BRUN et LETULLE, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MEDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM,
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. N....
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE FORT DUPLAY. LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.

ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLOT,
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.		
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PROUST

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer en novembre 1890, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Professeur Proust, un cas de cancer de l'intestin chez un sujet âgé de 25 ans. Frappé par les difficultés du diagnostic, par la jeunesse du malade, jeunesse qui tendait à faire éliminer l'idée de cancer, cette affection se développant de préférence bien au-delà de 30 ans, nous avons pensé à rechercher dans la littérature médicale les cas de cancers de l'intestin développés chez des sujets de 20 à 30 ans et à déterminer quel diagnostic avait été porté.

On pourrait peut-être nous reprocher la limite un peu arbitraire dans laquelle nous avons compris notre étude. Voici les raisons qui nous ont engagé à ne pas dépasser l'âge de trente ans et à omettre les cas de cancer chez les enfants et les adolescents.

1° la rareté des cancers avant 20 ans. Sur 182 cas de cancers recueillis par Duzan (1) deux seulement intéressaient l'intestin.

2° La nature même du cancer qui est le plus ordinairement du sarcome et non pas de l'épithéliome.

(1) Duzan. — Cancers chez les enfants. Thèse de Paris. 1876.

3° Quand à l'âge de 30 ans, nous l'avons adopté parce qu'en général c'est à partir de cet âge que l'on place la limite minimum du cancer de l'intestin. « On le rencontre surtout entre 30 et 59 ans et cette période, pour laquelle nous avons un nombre de faits (136) notablement supérieur à celui (81) de toutes les autres réunies, peut être considérée comme la période du cancer de l'intestin. » (1).

Nous excepterons de notre étude le cancer du rectum, qui donne lieu à des symptômes et à des indications thérapeutiques notablement différents de ceux du cancer de l'intestin grêle et du gros intestin.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à témoigner toute notre reconnaissance à nos maîtres, MM. les Professeurs Proust et Tillaux, pour les bienveillants et savants enseignements qu'ils nous ont prodigués.

Nous n'aurions garde d'oublier que c'est à l'école de Limoges que nous avons puisé nos premières leçons et nous sommes heureux de rendre un respectueux hommage à ceux qui furent nos premiers maîtres, à M. le Directeur et à MM. les Professeurs de l'Ecole de médecine de Limoges.

Que M. le Professeur Proust reçoive nos remerciments, pour l'honneur qu'il a bien voulu

(1) Haussmann. — Etiologie et anatomie pathologique du cancer de l'intestin. Thèse de Paris, 1882.

nous faire en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

ÉTIOLOGIE

Causes efficientes. — Pas plus pour le cancer de l'intestin que pour celui des autres organes, il n'est possible d'en affirmer les causes efficientes. Il n'entre pas dans notre plan, avec un sujet aussi limité que le nôtre, d'essayer d'indiquer les recherches qui ont été faites sur cette partie encore si obscure de l'histoire du cancer.

Causes prédisposantes. — Nous passerons rapidement en revue les causes prédisposantes, généralement admises, et nous tâcherons de faire ressortir l'influence qu'elles peuvent avoir dans le développement du cancer. D'ailleurs, chez les sujets de 20 à 30 ans, elles ne diffèrent pas de celles que l'on rencontre à un âge plus avancé. Ces causes prédisposantes sont : l'âge, le sexe, l'hérédité, les altérations antérieures de l'intestin, l'influence de l'alimentation, de la race, et les causes morales.

Age. — Le cancer de l'intestin est une maladie relativement assez commune. Pour s'en faire une idée, il suffit de se rappeler que **Lancereaux** établit que la fréquence du cancer de l'intestin, par rapport au cancer de l'estomac, est de 1-2. Etant donné le nombre considérable des cancers de l'estomac, on trouverait donc une

grande quantité de cancers de l'intestin s'il était possible de grouper tous les cas.

L'influence de l'âge paraît être assez marquée puisque, dans les limites que nous nous sommes assignées, nous n'avons pu réunir que 13 observations, dont une seule personnelle. Nous devons ajouter à ces treize observations le cas cité par **Eichhorst** (1) d'un jeune homme de 20 ans, mort d'un cancer de l'intestin. Malgré nos recherches nous n'avons pu retrouver le détail de cette observation. Sur 217 cas de cancers cités par **Haussmann** (2) il y en a 24 de 20 à 30 ans. Il nous a été impossible de les retrouver tous, 12 présentant des indications bibliographiques erronées. Voici comment se répartissent, par âge, les cas que nous publions.

20 ans, 1 cas.
22 — 2 —
23 — 1 —
24 — 2 —
25 — 5 —
26 — 1 —
28 — 1 —
29 — 1 —

Sexe. — Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer la prédominance du cancer de l'intestin chez les hommes. **Haussmann**, bien que sa

(1) Eichhorst. — Traité de pathologie interne et de thérapeutique.

(2) Hausmann. Loco citato.

statistique comprenne 125 cas chez les hommes, contre 119 chez les femmes, n'attribue aucune influence au sexe. Notre statistique est trop limitée pour que nous nous permettions d'en tirer une conclusion. La voici :

Hommes 10, Femmes 4.

Hérédité. — Il est très probable que l'hérédité doit avoir sur le développement du cancer de l'intestin chez les jeunes sujets, la même influence qu'elle a sur le développement du cancer chez les autres individus. Cependant nos observations sont muettes sur ce point. Pas une fois, les antécédents héréditaires n'ont été mentionnés. Cela peut tenir à deux causes. Ou bien on n'a rien trouvé dans les antécédents héréditaires, ou encore on a négligé de les rechercher parce que le diagnostic du cancer n'ayant pas été fait on y ajoutait pas d'importance.

Altérations antérieures de l'intestin. — Nous pouvons diviser cet ordre de causes en deux catégories : altérations de causes externes et altérations de causes internes. Dans la première catégorie se placent les traumatismes qui paraissent avoir une certaine action sur la production du cancer intestinal. L'observation V est relative à une femme de 25 ans, ayant un cancer du cœcum, et qui s'était heurtée la région iléo-cœcale un an auparavant.

Parmi les altérations d'ordre interne nous devons citer la constipation habituelle, la diarrhée, l'entérite, la dyspepsie etc... On a aussi invo-

qué l'*influence de l'alimentation* et *de la race*. Aucune donnée ne nous permet de donner notre avis sur cette dernière hypothèse. Quant à la première, nous mentionnerons que le malade qui fait le sujet de notre observation personnelle (1) avait de violentes douleurs après des excès de table. Nous relevons aussi le fait suivant cité par **Gros** (2). « Il est ivrogne et boit surtout beaucoup d'eau-de-vie de mauvaise qualité. »

Les émotions morales, chagrins, dépressions nerveuses ont été aussi mises en cause. Leur action n'a pas été mentionnée dans les cas que nous publions.

Disons en terminant que le cancer de l'intestin est presque toujours primitif et très rarement secondaire. Notre statistique est d'accord avec l'opinion des auteurs, puisque sur nos 13 cas nous avons 12 cancers primitifs. Quant au 13e cas, nous n'avons pas d'indications suffisantes pour pouvoir le placer dans l'une ou l'autre catégorie.

(1) Obs. VIII.
(2) Obs IX.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas la prétention, étant donné notre incompétence, de vouloir ajouter un chapitre nouveau à l'histoire anatomo-pathologique du cancer de l'intestin. Nous nous bornerons à étudier les diverses tumeurs dont nous avons la description avec la satisfaction d'avoir pu réunir, dans un nombre restreint d'observations, des cas aussi variés tant au point de vue du siège de la tumeur cancéreuse que de sa forme, sa nature et des modifications apportées dans le reste de l'intestin.

Siège. — Le cancer de l'intestin n'occupe pas indifféremment les diverses parties de cet organe. C'est surtout à la partie inférieure que les cas les plus nombreux ont été signalés.

Se basant sur une statistique de 280 cas, sur lesquels il y a seulement 28 cas de cancer de l'intestin grêle, **Haussmann** tire la conclusion suivante : « Le cancer augmente de fréquence à mesure que l'on se rapproche de la partie inférieure du tube digestif. Pour 4 cancers du jejunum nous en avons 21 de l'iléon, dont 4 pour sa partie initiale et 10 pour sa partie terminale; pour 70 cancers du colon droit nous en trouvons 129, près du double, pour le colon gauche. »

Sur 34 cas observés par **Kohler,** le cancer siégeait :

22 fois au gros intestin;
12 — à l'intestin grêle;

ce qui donne une proportion de 65 °/₀ de cancers du gros intestin sur 35 de l'intestin grêle. Notre statistique est d'accord avec ce qui précède et démontre que, quel que soit l'âge auquel apparaisse le cancer, il se développe toujours de préférence sur le gros intestin.

Sur 13 cas nous avons :

Intestin grêle, 4 cas;
Gros intestin, 9 —

Cette localisation spéciale du cancer s'expliquerait d'après **Haussmann** par la consistance des matières traversant l'intestin. Plus dures lorsqu'elles arrivent dans le gros intestin et séjournant davantage dans cette portion de l'organe, elles exerceraient une irritation habituelle pouvant être invoquée comme cause prédisposante. Quant à la fréquence du cancer du cœcum, elle serait due à la présence de la valvule iléo-cœcale, dont les lèvres offriraient une certaine résistance au passage des matières.

Forme. — Bien que le cancer puisse se présenter sous diverses formes, il est cependant trois types principaux qui se rencontrent de beaucoup le plus fréquemment. Ce sont les cancers en anneau, en noyau unique et en plaques. Enfin il est une forme beaucoup plus

rare qui se manifeste par des polypes disséminés le long de l'intestin. Nous avons rencontré toutes les variétés que nous indiquons et, malgré la rareté des tumeurs polypeuses disséminées, nous avons pu en réunir 3 exemples sur 13 cas. Voici comment se divisent nos 13 cas au point de vue de la forme du cancer :

Cancer	annulaire.	4
—	à noyau unique. . . .	5
—	en plaques	1
—	à tumeurs multiples.	3

Un fait intéressant à noter, c'est que dans 2 des cas de tumeurs multiples, l'intestin présentait des invaginations et ce sont les deux seuls exemples que nous ayons de cancers avec invaginations. « A l'autopsie on trouva une tumeur énorme formée par une invagination de l'intestin grêle. Le cylindre central présente deux tumeurs polypeuses, l'une plus considérable, occupant la partie supérieure, l'autre plus petite, occupant la partie inférieure... Leur section démontre une structure aréolaire et gélatiniforme. » (1)

Dans le cas de **Salomon** (2) il y a plusieurs tumeurs et autant d'invaginations que de tumeurs, ce qui fait supposer que les invaginations ont été produites par les tumeurs. « Ces tumeurs ont entraîné l'intestin et produit des invaginations dans la direction des mouvements intestinaux. »

(1) Obs. I

(2) Obs. II.

De toutes les formes que peut prendre la tumeur cancéreuse, la plus grave est certainement la forme annulaire, car très rapidement l'intestin est obstrué et ne permet plus le passage des matières et des gaz. Cependant, quel que soit le rétrécissement de l'intestin, il peut exister un petit pertuis (1), mais tellement insuffisant qu'il ne permet pas le passage des gaz. Dans d'autres cas (2), le calibre de l'intestin est complètement obstrué.

Lorsque la tumeur est constituée par un noyau unique, elle ne s'oppose au passage des matières que lorsque son volume est assez considérable ou qu'elle est entièrement développée dans l'intérieur de l'intestin. Ainsi nous voyons (3) qu'une tumeur développée dans la paroi du gros intestin, et mesurant 10 centimètres dans tous ses diamètres, ne rétrécit pas le calibre de l'intestin. Par contre une tumeur de la grosseur d'une noix (4) a produit un rétrécissement tel qu'on peut à peine introduire une sonde de femmes. Enfin, ces tumeurs latérales peuvent être si volumineuses qu'elles bouchent complètement le calibre de l'intestin (5).

La surface de ces tumeurs présente un aspect

(1) Obs. III et X.
(2) Obs. VIII et IX.
(3) Obs. XI.
(4) Obs. IV.
(5) Obs. VI et VII.

variable. Elle peut être lisse (1), mamelonnée (2), inégale et bosselée (3).

Volume. — Rien n'est plus variable que le volume de ces différentes tumeurs. Grosses comme un pois, un grain de café, une prune (4) ou une noix (5), elles peuvent acquérir la grosseur des deux poings (6).

Consistance. — Toutes les tumeurs dont nous donnons la description sont dures, crient sous le scalpel et presque toutes donnent par le raclage de leur section un suc lactescent.

Nature et développement. — Jusqu'aux travaux de MM. **Cornil** et **Rauvier,** il était généralement admis que le cancer de l'intestin était représenté par le carcinome et ses diverses variétés, le squirrhe, l'encéphaloïde et le colloïde. **Cornil** et **Rauvier** établissent dans leur Traité la fréquence bien plus grande de l'épithélioma à cellules cylindriques. D'après **Haussmann** le carcinome de l'intestin serait destiné à disparaître et toutes les variétés seraient ramenées à une seule, l'épithélioma cylindrique. Cette opinion séduisante, car elle permettrait de ramener tous les cancers à un seul type, a perdu de sa valeur, car si l'on admet aujourd'hui que tous les cancers

(1) Obs. V.
(2) Obs. I.
(3) Obs. XI.
(4) Obs. II.
(5) Obs. V.
(6) Obs. VII.

sont d'origine épithéliales, il n'est pas moins vrai que le carcinome subsiste sous la forme d'épithélioma carcinisé.

Eichhorst place le point d'implantation du cancer dans les cellules épithéliales de la muqueuse et les glandes de **Lieberhühn.**

Parmi les cas que nous publions, trois fois seulement l'examen microscopique de la tumeur a été pratiqué. Dans les trois cas (1) on a trouvé des amas de cellules épithéliales entourées de fibres conjontives et permettant d'affirmer la présence du cancer.

L'observation III indique simplement qu'il s'agissait d'un épithélioma avec dégénérescence celloïde.

Bien que l'examen microscopique des tumeurs des observations IV, V, VI et X n'ait pas été fait, nous croyons pouvoir les ranger parmi les carcinômes à cause de la dénomination de squirrheux qui en est donnée.

D'après l'exposé de l'autopsie, il nous paraît probable que la malade de l'observation XII est morte de cancer mélanique, mais nous ne pouvons avoir de certitude à ce sujet, l'examen microscopique n'ayant pas été fait.

Le cancer de l'intestin ne se localise pas dans la sous-muqueuse comme le pensaient les anciens anatomo-pathologistes, mais il envahit toutes les tuniques de l'intestin. Sur 7 observa-

(1) Obs. VIII, IX et XI.

tions, dans lesquelles on a noté les couches qui étaient atteintes, 6 fois la tunique musculaire a été trouvée envahie.

Etat de l'intestin. — On comprend facilement qu'une lésion telle que celle que nous venons de décrire n'est pas sans retentir sur l'organe entier et doit apporter des modifications dans toute la structure et les fonctions de cet organe. Le premier phénomène qui accompagne un rétrécissement même modéré de l'intestin, c'est la distension exagérée de la portion d'intestin située au-dessus du rétrécissement. Cette distension, due à l'accumulation des matières et des gaz dont le cours ordinaire est entravé, peut acquérir des dimensions considérables. Presque toutes nos observations font mention d'une distension énorme et nous voyons (1) que le cœcum, le colon ascendant et les 2/3 du colon transverse avaient acquis la grosseur de la cuisse et occupaient à eux seuls la plus grande partie de la cavité abdominale. Par contre la partie de l'intestin située au-dessous du rétrécissement est aplatie, rétrécie, et dans certains cas conserve à peine la grosseur de l'œsophage.

L'intestin n'est pas seulement modifié dans son calibre, il l'est aussi dans sa structure. La muqueuse intestinale située au-dessus du rétrécissement est rouge, épaissie, indurée. Elle présente une vascularisation anormale remontant à des hauteurs variables et peut être le siège

(1) Obs. VIII.

d'ulcérations variables en nombre et en dimensions. (1)

« L'extrémité supérieure de l'étranglement est entourée d'un ulcère large et profond. Depuis cet endroit jusqu'au cœcum, la totalité de la membrane muqueuse du colon était gangrenée, d'une couleur brun foncé et par place entièrement noire. A certains endroits, les tissus gangrenés étaient complètement détachés des tissus sous-jacents. » (2)

Un pas de plus et nous avions une des complications les plus graves du cancer de l'intestin : la perforation.

(1) Obs. II et XII.
(2) Obs. XII.

SYMPTOMATOLOGIE

L'évolution du cancer de l'intestin s'accompagne généralement d'un cortège de symptômes aussi nombreux que variés, mais dont la plupart peuvent être considérés comme des « signes incertains » (Eichhorst), car ils se rencontrent dans presque toutes les affections intéressant le péritoine et l'intestin. Parmi ces signes nous rangeons : l'amaigrissement, la douleur et les vomissements. Au nombre des signes *manifestes* se placent : les selles irrégulières, la présence d'une tumeur et les hémorrhagies intestinales accompagnées d'évacuation de particules de tumeur. Nous allons étudier successivement ces différents symptômes et nous essaierons, dans un chapitre suivant, de faire ressortir leur valeur au point de vue du diagnostic.

Etat général du malade. — Il s'en faut de beaucoup que l'état général des malades atteints de cancer de l'intestin soit le même dans tous les cas. Cela tient au mode de début de l'affection qui, tantôt s'établit d'emblée chez des individus en apparence bien portants et se manifeste subitement par de graves symptômes d'occlusion intestinale; tantôt s'établit insidieusement et se révèle par des douleurs passagères durant

des semaines et des mois avant d'arriver à une phase aiguë. Pâle et amaigri lorsque le début de l'affection remonte déjà à quelque temps, le malade présente au contraire un état satisfaisant lorsqu'il est frappé soudainement. Voici quel était l'état général de neuf malades au moment où ils ont réclamé une intervention médicale.

5 faibles et amaigris.
2 en état satisfaisant.
2 forts et vigoureux.

Un fait curieux à noter, c'est que les deux malades dont la santé antérieure avait été excellente ont succombé plus rapidement que ceux qui étaient déjà débilités.

Douleurs. — C'est le plus constant des symptômes de début. Il devance parfois de beaucoup l'explosion des accidents graves et peut les précéder de plusieurs semaines et même de plusieurs mois.

Ces douleurs sont variables dans leur fréquence et leur intensité. Se localisant au début de l'affection dans un point fixe de l'abdomen, elles finissent par s'irradier dans tous les sens mais présentent ordinairement une exacerbation dans un point limité. Continues ou intermittentes, elles acquièrent une grande intensité et sont souvent exagérées par la pression.

La localisation de la douleur et le sens de son irradiation peuvent donner quelquefois des indications d'une certaine valeur sur le siège du cancer. Lorsque c'est la porition inférieure du

gros intestin qui est envahie, la douleur a tendance à s'irradier vers le sacrum, les parties sexuelles ou la région ischiatique, le trajet du nerf sciatique, ce qui peut faire penser à une névralgie de ce nerf. Bien que cela soit vrai, surtout pour le cancer du rectum, ce phénomène peut s'observer aussi lorsque le cancer siège à l'S iliaque. « La tumeur, indolente par elle-même, donne lieu à des irradiations douloureuses dans le membre inferieur, le long des branches du plexus crural, principalement pendant la marche. » (1)

Vomissements. — Avec les premières douleurs apparaissent des vomissements; il peut même arriver, mais c'est l'exception, que le vomissement soit le symptôme initial (2). Le caractère des vomissements change avec le cours de la maladie. Au début, ils sont muqueux et alimentaires; c'est le contenu de l'estomac qui est rejeté. Ils surviennent à intervalles irréguliers et assez souvent après les repas même les plus légers (3). A mesure que la maladie se développe, l'aspect des vomissements se modifie, ils deviennent bilieux et enfin fécaloïdes. Il n'est pas rare de les voir cesser quelques jours avant la mort et ils sont alors remplacés par un hoquet fréquent et douloureux (4).

(1) Obs. V.
(2) Obs. XI.
(3) Obs. IX.
(4) Obs. V.

Le siège du cancer n'est d'aucune influence sur la production ou l'absence des vomissements fécaloïdes. On aurait pu penser cependant que, lorsque le rétrécissement siégeait sur le gros intestin, la valvule de Bauhin aurait opposé un certain obstacle au passage des matières fécales; il n'en est rien à cause de la distension du cœcum et de l'iléon par les gaz, distension qui rend la valvule insuffisante. Quant à l'expulsion des matières par la bouche, **Eichhorst** l'explique par ce fait que « malgré la persistance des mouvements péristaltiques réguliers, le contenu intestinal cherche à se frayer un chemin vers l'endroit où la résistance est moindre, c'est-à-dire vers l'estomac. »

Selles irrégulières. — Les modifications dans les selles sont d'une grande importance. Le malade est pris d'abord d'une constipation plus ou moins tenace qui nous indique une modification dans le diamètre du canal intestinal. Les gaz, aussi bien que les matières, sont le plus souvent dans l'impossibilité de franchir le rétrécissement. Cette constipation, rebelle à tout traitement, persiste quelquefois fort longtemps. **Eichhorst** cite le cas signalé par **Forster** d'une constipation qui dura 88 jours. Nous relevons dans nos observations les chiffres suivants : 9 jours, 20 jours, 3 semaines.... Une seule fois (1) le cancer évolua sans apporter de troubles dans l'excrétion normale; cela tenait à la disposition

(1) Obs. XI.

de la tumeur qui n'oblitérait pas le calibre de l'intestin. A moins que le malade ne soit emporté rapidement, une diarrhée non moins rebelle succède à la constipation. Le malade de **Finlayson** (2) fut pris cinq jours avant sa mort d'une diarrhée continue que rien ne parvint à enrayer. Ces débâcles sont dues à l'ulcération de la tumeur cancéreuse et à son élimination partielle qui rétablissent en partie le diamètre de l'intestin. Ce n'est pas une seule fois que ces phénomènes se produisent, et si l'évolution de la maladie n'est pas trop courte, on assiste à des alternatives fréquentes de diarrhée et de constipation. Si le rétrécissement siège à la partie inférieure du gros intestin, les matières expulsées conservent parfois un aspect rappelant un peu la forme du rétrécissement. Elles peuvent être sinueuses, rubanées, filiformes, mais ces caractères n'ont qu'une importance secondaire pour notre sujet, car ils se rencontrent surtout dans le cancer du rectum.

Tumeur. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade présentant les symptômes que nous venons de décrire et qui tendent à faire poser le diagnostic de cancer de l'intestin, il est d'un grand intérêt de rechercher si la cavité abdominale n'est pas le siège d'une tumeur, car cette constatation éclairera singulièrement le diagnostic. Malheureusement, malgré les re-

(2) Obs. III.

cherches les plus patientes et les plus délicates, la présence de la tumeur nous échappe souvent et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on parvient à la retrouver. C'est ce qui arriva à M. **Trêves** (1) qui reconnut seulement à l'autopsie « une tumeur volumineuse qui, jusqu'aux derniers jours, avait échappé à l'investigation la plus scrupuleuse. » Ce cas n'est pas isolé et s'explique par la grande difficulté que l'on a souvent de bien explorer la cavtié abdominale. Les deux obstacles qui s'opposent généralement à un palper sérieux sont : la sensibilité excessive de l'abdomen et son énorme distension. Le météorisme est parfois si intense que l'on peut parfaitement distinguer le relief des circonvolutions intestinales se dessinant à la surface de l'abdomen (2). Si, à la suite d'une débâcle, le ventre reprend de la souplesse, il est alors possible de sentir une tumeur qu'on n'avait pu percevoir auparavant. (3)

Si la tumeur est accessible, voici sous quel aspect elle se présente. Elle est en général ronde ou ovoïde, à surface bosselée et de dimensions les plus diverses. Elle peut être grosse comme une noix, une pomme, un poing et quelquefois plus. En percutant profondément et en ayant soin d'écarter les anses intestinales qui peuvent recouvrir une partie de la tumeur, on reconnaît

(1) Obs. VI.
(2) Obs. II, III, V et XII.
(3) Obs. III.

qu'elle est mate et ne se laisse pas déprimer par le doigt. La sensibilité à son niveau est variable. Quelquefois, complètement indolente, elle donne lieu dans certains cas à des douleurs très-vives à la moindre pression. S'il s'est déjà formé des adhérences péritonéales, si la tumeur est implantée sur une partie peu mobile de l'intestin, elle est fixe, ses contours sont nettement définis et on la retrouve toujours identique à elle-même à chaque nouvel examen. Mais souvent il n'en est pas ainsi et la tumeur est extrêmement mobile. Cette mobilité peut être une cause d'erreur car il n'est pas rare de voir disparaître, et quelquefois pour plusieurs jours, une tumeur dont on croyait avoir senti nettement tous les contours à un premier examen. Cette disparition peut être momentanée et se produire seulement dans certaines circonstances. « Pendant les coliques la tumeur disparaît pour reparaître de nouveau. » (1) Les alternatives de présence et de disparition de la tumeur sont dues aux changements de position des anses intestinales. La portion d'intestin occupée par le cancer, rendue plus lourde par la présence de la tumeur et par l'épaisissement de ses tuniques, a tendance à tomber dans les parties déclives de la cavité abdominale et se laisse facilement recouvrir par les anses intestinales saines, moins lourdes et rendues encore plus légères par les gaz qui les distendent.

(1) Obs. II.

Le toucher rectal et le toucher vaginal viennent en aide au palper abdominal, mais ils sont en général d'un faible secours la tumeur étant implantée trop haut pour être accessible par ces deux modes d'examen.

Parmi les cas que nous publions, une seule fois (1) l'exploration du vagin et du rectum a donné quelques renseignements. Voici ce qu'en dit **Ducros,** l'auteur de l'observation : « Le toucher par le rectum et le vagin ne fait reconnaître rien d'anormal dans ces conduits ; il semble seulement qu'on sente à travers leurs parois une dureté assez éloignée vers le côté droit du bassin. »

Hémorrhagies intestinales. — Le melæna est un signe fréquent du cancer de l'intestin. La coloration du sang peut mettre sur la voie du siège de l'hémorrhagie. Rapidement expulsé et conservant son aspect normal, s'il provient de la partie inférieure de l'intestin, il est noirâtre et difficilement reconnaissable dans les évacuations s'il a séjourné quelque temps dans l'intestin et s'il provient de sa partie supérieure. Se réduisant parfois à l'expulsion de quelques gouttes de sang, ces hémorrhagies peuvent être très-abondantes et amener la mort. (2) Dans deux de nos cas, (3) les malades ont rendu quelques gouttes de sang mélangé à du pus. Ces

(1) Obs. V.

(2) Barth cité par Fleur. Thèse de Paris, 1879.

(3) Obs. I et IV.

hémorrhagies s'accompagnent quelquefois d'évacuations de particules cancéreuses. Bien que ce phénomène soit assez rare, nous l'avons trouvé relaté dans deux observations concernant notre sujet. « 14 jours avant la mort il se produisit un fait étrange : le malade évacua avec ses selles plusieurs petites masses de substance noirâtre et comme sphacélée..... L'examen microscopique permit de reconnaître sur de petits morceaux pris à la surface qu'il s'agissait d'éléments épithéliaux. » (1)

Wunderlich cite un cas analogue. Un malade expulsa un fragment de tumeur cancéreuse gros comme une noix de galle. On voit, lorsque pareil fait se produit, tout le parti qu'il est possible de tirer puisque l'on a sous les yeux des particules de la tumeur. L'examen microscopique en fixera la nature.

En résumé, les symptômes du cancer de l'intestin, chez les sujets de 20 à 30 ans, se présentent d'une façon identique à ceux que l'on observe chez les sujets plus âgés. Nous devons faire exception pour les hémorrhagies intestinales qui sont excessivement rares.

(1) Obs. II.

MARCHE. — DUREE. — TERMINAISON.

L'évolution du cancer de l'intestin n'étant pas soumise à un cycle nettement défini et présentant de nombreuses anomalies, il nous paraît bien difficile de donner la description d'un type unique convenant à tous les cas. Pour faciliter notre étude nous diviserons notre sujet en deux groupes basés sur la durée de l'évolution du cancer.

Cancer à évolution lente. — Deux périodes cliniques caractérisent les cancers de ce groupe : 1° période de début ; 2° période d'état. La première période s'établit insidieusement ; le malade a des troubles divers dont aucun ne permet d'affirmer l'existence du cancer. Les douleurs sont plus ou moins vives, erratiques, suivies de quelques vomissements, les selles sont irrégulières mais diarrhée et constipation sont de peu de durée, l'amaigrissement est lent et progressif. La mort peut survenir pendant cette période sans que le cancer se soit révélé par des symptômes plus accentués. C'est ce que **Grisolle** appelait le carcinome intestinal *latent*.

Après cette première période, dont la durée est des plus variables, (1) deux mois, un an et quelquefois plus, surviennent presque toujours

(1) Obs. I, V, VII et XII.

sans cause connue les phénomènes de la période d'état. Les douleurs sont vives, la constipation opiniâtre, les vomissements fréquents, bilieux et fécaloïdes, le ventre est douloureux, ballonné et le malade meurt de cachexie progressive ou d'occlusion intestinale. Cette période est quelquefois interrompue par des rémissions assez sensibles, pouvant durer 15 jours ou un mois (1), puis les symptômes reparaissent avec une nouvelle intensité.

Cancer à évolution rapide. — Dans cette variété, la période de début manque toujours, et c'est dans le cours d'une santé en apparence parfaite qu'éclatent brusquement les symptômes d'occlusion intestinale, et le malade est emporté dans l'espace de quelques jours.

Le cancer de l'intestin paraît évoluer beaucoup plus rapidement chez les sujets de 20 à 30 ans que chez les sujets âgés. C'est du moins ce qui résulte de notre statistique.

Le cancer a évolué :

2 fois	en	10 jours.
1	—	45 —
4	—	3 mois.
1	—	6 —
2	—	1 an

Ce qui fait une moyenne notablement inférieure à celle donnée par les auteurs. **Courtois-Suffit** (2) indique un an et **Eichhorst** 4 ans.

(1) Obs. II, III et V.

(2) Traité de pathologie de Charcot. Bouchard.

Quelle que soit la durée d'évolution du cancer ou la gravité des symptômes, la mort en est la terminaison habituelle. Elle est due généralement à la progression de la cachexie cancéreuse ou à des phénomènes aiguës d'occlusion intestinale. Elle est causée parfois par une perforation de l'intestin, une péritonite aïguë généralisée ou une entérorrhagie mortelle. On a aussi noté des cas de mort par embolies pulmonaires, généralisation du cancer, rupture intestinale, abcès stercoraux, etc.

COMPLICATIONS

Parmi les complications fréquentes du cancer de l'intestin, nous devons citer l'obstruction intestinale, la perforation et la communication avec les organes voisins, la généralisation du cancer, la péritonite locale ou généralisée et enfin la rupture de l'intestin au-dessus du rétrécissement.

L'obstruction intestinale est une des complications les plus fréquentes du cancer de l'intestin. Elle est due à la forme et au volume du néoplasme qui diminue le calibre de l'intestin et empêche le passage des matières.

La péritonite et la perforation s'observent aussi très-souvent. S'il s'est déjà fait des adhérences entre le cancer et les organes voisins,

l'intestin s'évacue par cette nouvelle voie. Ces cas ne sont pas très-rares et il y a un certain nombre d'exemples de cancers s'étant ouverts dans la vésicule biliaire, la vessie, le rectum, le péritonie, etc... **Lemaître** (1) rapporte un fait de ce genre : une perforation du cœcum avec destruction à peu près complète de la valvule iléo-cœcale. Le cœcrm communiquait avec une vaste cavité intra-péritonéale, bien limitée et remplie de matière purulente noire et fétide. On peut rapprocher de ce fait celui de l'observation XII, dans lequel le cancer avait envahi la peau de la région abdominale. Si le malade n'avait pas été emporté aussi rapidement et en admettant qu'on ne soit pas intervenu chirurgicalement, le cancer aurait fini par perforer la peau et à créer un anus artificiel.

Il est probable aussi que si le malade de **Peacock** (2) avait vécu quelques jours de plus, les ulcérations répétées auraient fini par perforer l'intestin.

Nous relevons dans nos observations un seul cas de généralisation du cancer. C'est le cas rapporté par **Bott** (3) où l'on trouva des noyaux néoplasiques dans le foie. Jamais les autres organes ni les ganglions n'ont été trouvés atteints, cela tient probablement à la marche rapide de la maladie dans le plus grand nombre des cas.

(1) Obs. IV.
(2) Obs. XII.
(3) Obs. X.

8 fois la péritonite est mentionnée. Se bornant quelquefois à l'arborisation des séreuses et à un léger exsudat, elle est accompagnée dans d'autres cas de dépôts purulents très abondants et très fétides (1) avec adhérences péritonéales.

Nous pourrions aussi ranger parmi les complications du cancer de l'intestin les invaginations car il résulte des observations I et II que ces invaginations ont été causées par les tumeurs cancéreuses.

Quant à la rupture qui peut se produire au-dessus du rétrécissement par distension exagérée de l'intestin, nous n'en avons relevé aucun cas.

(2) Obs. IV; VI et IX.

DIAGNOSTIC

Malgré les symptômes multiples qui accompagnent ordinairement l'évolution du cancer de l'intestin, il est souvent bien difficile de poser le diagnostic. Nos observations en sont une nouvelle preuve, puisque sur dix diagnostics q u ont été portés il n'en est pas un où le cancer soit mentionné. Voici quels sont ces divers diagnostics :

Occlusion intestinale. . . .	4 fois
Invagination	1 —
Péritonite.	1 —
Perforation	1 —
Typhlite.	1 —
Tumeur tuberculeuse . . .	1 —
Corps étranger dans l'utérus	1 —

Il n'est pas étonnant que l'on ait pensé quatre fois à l'occlusion intestinale car le cancer donne lieu presque toujours aux divers accidents de l'occlusion. Mais le diagnostic n'a pas été poussé plus loin. Quel est le siège de cette occlusion? Quelle en est la cause? Nous ne trouvons aucune réponse à ces deux questions. Avons-nous affaire à une invagination, à un volvulus? Faut-il incriminer un amas d'entérolithes ou une tumeur des organes voisins? Enfin, le calibre de l'intestin

est-il obstrué par un corps étranger ou par une tumeur développée dans ses parois? Les quatre observations ne le disent pas.

Dans deux cas (1) on a porté le diagnostic des complications qui ont entraîné la mort mais il n'est pas question du cancer. Dans le premier cas la mort est survenue à la suite d'occlusion par invagination et dans le second par péritonite aiguë.

Enfin l'autopsie a démontré que les quatre autres diagnostics étaient érronés.

Le diagnostic du cancer de l'intestin est-il possible ? et par quel moyen pouvons-nous y arriver, voilà ce que nous allons assayer d'indiquer. Nous avons deux cas à considérer : la tumeur constituant le cancer est perceptible ; la tumeur n'est pas perceptible.

Si les accidents sont rapides et violents et se manifestent chez un individu ordinairement bien portant, on est porté à diagnostiquer une invagination intestinale. Nous avons vu par les observations VI et IX que le cancer peut se présenter sous cette forme rapide.

Un début brusque avec syncope, cyanose et collapsus pourrait, en temps d'épidémie, être pris pour une attaque de choléra. L'absence de constipation opiniâtre fera facilement éviter cette erreur.

La typhilite présente une douleur plus nette-

(1) Obs. I et IV.

ment localisée et s'accompagne rarement de vomissements fécaloïdes. L'empâtement reste limité au cœcum.

La péritonite par perforation, qui avait été diagnostiquée chez le malade de l'observation XII, est caractérisée par une douleur rapidement généralisée, un météorisme intense, un frisson initial et l'élévation de la température. La constipation n'est pas la règle et les vomissements fécaloïdes sont peu fréquents. Le cancer de l'intestin évolue sans température et se termine dans l'hypotermie.

Lorsque les symptômes généraux sont vagues et sont anciens et que le malade maigrit progressivement l'idée de tuberculose intestinale est assez légitime, mais l'on peut avoir affaire au cancer de l'intestin et le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile. « La tuberculose intestinale survient plutôt chez un sujet jeune en proie à la fièvre hectique et porteur de lésions pulmonaires. » Tel est l'opinion de **Courtois-Suffit** et nous ne voulons pas dire que ce ne soit pas la vraie dans la plupart des cas. Cependant les exceptions ne sont pas très rares. La considération de l'âge a certainement sa valeur mais n'est pas suffisante pour faire éliminer la possibilité d'une néoplasie. Le cancer évoluant en général sans pyrexie, la constatation de la fièvre hectique peut aider à poser le diagnostic mais son absence n'est pas absolument constante dans le cours des néoplasies

intestinales. « Le thermomètre appliqué matin et soir dans l'aisselle, montre qu'il existe une fièvre hectique. Le soir 39° à 40° avec rémission matinale allant jusqu'à la normale. » C'est ainsi que s'exprime **Laveran** (1) au sujet d'un malade chez lequel il constata à l'autopsie un cancer épithélial de l'intestin alors qu'il avait diagnostiqué une tumeur tuberculeuse. Quant aux lésions pulmonaires nous ne devons pas oublier qu'elles sont quelquefois peu apparentes au début de la péritonite tuberculeuse.

Nous voyons, par ce court aperçu, combien il est difficile d'affirmer la présence du cancer quand il ne se manifeste pas par une tumeur appréciable. Lorsque la tumeur est perceptible, le diagnostic bien que facilité peut encore être entouré de beaucoup de difficultés.

Il ne faut pas oublier que les hernies donnent lieu à des symptômes d'étranglement très intenses. L'inspection de la région où siège la tumeur et les caractères des hernies feront éviter cette erreur.

L'accumulation de matières fécales dans l'intestin sera distinguée de la tumeur cancéreuse par sa consistance moins dure, permettant de la déprimer sous le doigt. Enfin les purgatifs et les lavements parviendront à la faire disparaître. Un dernier point à fixer et qui n'est pas sans importance, c'est de reconnaître si la tumeur appartient bien à l'intestin et

(1) Obs. XI.

non aux organes voisins. Les erreurs de diagnostic ne sont pas rares. Dans une de nos observations (1) on lit : « Le malade maigrit de plus en plus et accuse des sueurs nocturnes. On porte le diagnostic de tumeur tuberculeuse des ganglions iliaques. » Une autre fois (2) on crut à un corps étranger de la cavité utérine. « On sentait dans l'abdomen une grosse tumeur mobile et que quelques personnes pensaient être un corps étranger dans la matrice. »

On voit donc que, malgré la présence d'une tumeur, il est parfois difficile de faire un diagnostic exact. Un seul signe permet d'affirmer la présence du cancer, c'est la constatation dans les selles de particules de tumeur et leur examen microscopique. Encore ne devons-nous guère compter sur ce symptôme, qui est tout à fait exceptionnel.

En résumé, lorsque nous aurons à examiner un malade de 20 à 30 ans présentant des selles irrégulières, des douleurs abdominales et des vomissements, nous serons autorisés à penser à un néoplasme de l'intestin.

Notre diagnostic s'affirmera d'autant plus que nous parviendrons à constater l'existence d'une tumeur et l'expulsion de particules cancéreuses.

(1) Obs. XI.

(2) Obs. VII.

PRONOSTIC

Il n'est pas besoin d'insister beaucoup pour faire ressortir toute la gravité du pronostic du cancer de l'intestin chez les sujets de 20 à 30 ans. La mort peut survenir à n'importe quel moment de l'évolution de la maladie. Ou bien le cancer suit son cours normal, et le malade meurt de cachexie, ou encore il est emporté très rapidement par une des nombreuses complications du cancer, obstruction, péritonite, etc.

TRAITEMENT

Nous avons vu dans le chapitre précédent, combien est grave le pronostic du cancer de l'intestin puisque sur douze cas, douze fois la la mort est survenue et presque toujours très rapidement. C'est que nous n'avons malheureusement pas à notre disposition de traitement curatif et puis, comment s'attaquer à un ennemi si mal connu et qui parfois ne révèle sa présence qu'au moment où toute intervention est devenue tout à fait inutile.

Si nous examinons les divers traitements mentionnés dans nos observations, nous sommes obligés de constater que depuis plus d'un demi-siècle (le cas rapporté par Cruveilher remonte à 1835), les divers moyens employés ont tous été suivis d'insuccès. Sur 13 cas, neuf fois on s'en est tenu au traitement purement médical, trois fois (1) on a pratiqué un anus contre nature et une fois (2) une laparotomie avec résection d'une portion d'intestin. Il y a eu comme résultat 12 décès et nous n'osons dire une guérison, puisque le malade traité par la résection d'intestin est porté comme sorti de l'hôpital et que rien n'est mentionné sur son état le jour de sa sortie, ni sur les suites de l'opération.

Nous croyons qu'il faut attendre des résultats plus encourageants pour pouvoir recommander une intervention chirurgicale. Nous nous en tiendrons donc jusqu'à nouvel ordre à un traitement palliatif. Ce traitement présente deux indications : calmer la douleur et favoriser les selles. On remplira la première indication en donnant de la morphine même à forte dose, car la tolérance des malades est parfois excessive. Finlayson put donner dans l'espace de 17 heures 19 grains de morphine (environ 1 gramme), sans que son malade en fut incommodé (3)

(1) Obs. V, VI et X

(2) Obs. XIII

(3) Obs. III

Pour favoriser les selles il faudra employer les lavements et les purgatifs répétés. Enfin on donnera au malade un régime nourrissant tout en s'attachant à n'ordonner que des aliments facilement assimilables et laissant peu de résidus.

OBSERVATION I.

HOPITAL NECKER. — *Service de M. Delarroque O-servation rapportée par Cruveilher Anatomie patholohique. livre XIIe.*

Emmanuel Mélanie, 29 ans, ouvrière en linge, est apportée à l'hôpital Necker, le 28 Février 1835, dans l'état suivant :

L'abdomen est le siège de vives douleurs qui ne sont pas augmentées par la pression ; les muscles abdominaux sônt contractés et raides ; point de ballonnement, point de tumeur appréciable ; la face est pâle, elle exprime l'anxiété et la souffrance. Pouls petit et fréquent. Pas de hernie.

Commémoratifs. — En 1834, la malade avait été prise d'accidents semblables quatre fois et traitée à la Pitié par une saignée, application de sangsues et cataplasmes sur l'abdomen.

1er mars. — L'absence totale de selles, les coliques qui étaient presque continues, la sensibilité du ventre qui avait augmenté, son inégale tuméfaction, les vomissements fréquents portè-

rent M. Delarroque, chef du service, à diagnostiquer une invagination ou un étranglement interne. Voici du reste en quoi consistait l'inégale tuméfaction de l'abdomen : à l'hypogastre, l'abdomen était dans l'état naturel, la tuméfaction commençait à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic, se dirigeait en bas et à droite pour se terminer au-dessus et en dedans de la fosse iliaque de ce côté.

2 mars. — Persistance des accidents, abdomen plus tuméfié, rigidité des muscles abdominaux plus vive : face grippée, yeux caves ; abattement ; petitesse et fréquence du pouls ; quelques syncopes. Le lavement a été rendu sans matières stercorales ; le liquide était teint de quelques gouttes de sang, la sécrétion urinaire se maintenait ; point de hoquet (6 ventouses sèches sur le ventre, cataplasmes, eau de seltz, glace par petits morceaux).La petitesse du pouls empêche d'avoir recours à une nouvelle application de sangsues.

Depuis le 2 jusqu'au 10 mars jour de la mort, les accidents continuèrent avec une intensité graduellement croissante : colique. Le 5 mars survint la période d'affaissement, les douleurs diminuèrent, les vomissements d'odeur stercorale avaient succédé aux vomissements bilieux. Une tumeur dans la direction précédemment indiquée se dessinait parfaitement à travers les parois abdominales. Ventre sensible à la pression : hyposgastre souple ; les lavements n'ame-

naient rien. Pouls petit et inégal et pourtant absence de hoquet.

Le 8 le pouls est filiforme, les extrémités froides, la face terreuse. Immobilité, état d'agonie qui se prolonge jusqu'à 10 heures du soir.

Autopsie. — 18 heures après la mort. L'abdomen ouvert, les intestins présentent une couleur noirâtre ; au milieu d'eux apparaît une tumeur de deux pouces et demie de diamètre et d'un pied de long ayant une direction oblique de haut en bas et de gauche à droite et décrivant un arc de cercle à concavité supérieure.

Cette tumeur est reconnue pour une invagination. Le cylindre d'intestin central présente deux tumeurs polypeuses, l'une plus considérable occupant la partie supérieure, l'autre plus petite occupant la partie inférieure de l'intestin central. Ces tumeurs sont mamelonnées, à pédicule étroit, formé par la membrane muqueuse toute seule ; d'où il résulte évidemment que ces polypes appartenaient exclusivement à la membrane muqueuse. Les mamelons que présentent ces tumeurs me paraissent formés aux depens des papilles ou villosités ; leur section démontre une structure aréolaire et gélatiniforme. (Cancer aréolaire et gélatiniforme).

OBSERVATION II

Tumeurs multiples de l'intestin. — Iléus chronique. — Evacuation de fragments de tumeur pendant la vie. — Salomon. — Charité Ainnalen, 1879.

G.... G..., ouvrier serrurier, âgé de 24 ans, eut pour la première fois à la Noël 1878, une constipation qui resta rebelle à tous les purgatifs. Il fut pris à la même époque de vomissements qui redoublèrent après l'administration d'un purgatif. Au début de son affection le malade s'inquiéta peu de son affection ; mais, quand au bout de quelques semaines il constata que son état empirait, il se décida à venir à la clinique.

Les 14 premiers jours il ne semblait pas atteint d'une maladie grave. Les plus grandes douleurs qui siégeaient au niveau de l'estomac étaient soulagées par de l'extrait de belladone. Les vomissements étaient rares et les selles régulières. A la fin de février ce mieux disparut et l'état devint inquiétant. Les selles furent supprimées pendant 5 jours, les douleurs d'estomac redevinrent très vives et le malade vomit des matières à odeur fécaloïdes. Voici du reste l'état du malade tel que le donne une observation prise le 26 Février.

Le malade est de taille moyenne, très-amaigri. L'expression du visage indique la souf-

france. Les pommettes et le nez sont rouges violacées, le corps est froid. Température 36,7. Pouls petit, 70 pulsations à la minute. Vomissements très liquides, troubles et d'odeur fécaloïde. Sa langue est couverte d'un enduit saburrale grisâtre, le ventre est déprimé et soulevé de temps en temps par de rapides ondulations. Les anses intestinales se dessinent sur l'abdomen. Le malade est en proie à des coliques très pénibles. Dans l'intervalle des douleurs, on sent dans la fosse iliaque droite une tumeur très mobile, de la grosseur d'une pomme de terre, de la forme d'un cylindre très court et dont on peut très-facilement délimiter les deux extrémités. Pendant les coliques la tumeur disparaît pour reparaître de nouveau. On ne sent qu'une tumeur unique. La sonorité tympanique remonte très-haut à gauche et en arrière et a une tonalité plus élevée qu'en avant. La matité du foie est diminuée, elle n'atteint pas le rebord des fausses côtes. Par le toucher rectal, on se rend compte de la présence de petits globes durs qui semblent fournis par les anses intestinales. Ces globes s'enfoncent dans le petit bassin, appuient sur le rectum et le rétrécissent. En dehors des accès le rectum est libre. — Pas de selles. —. Urines rares, foncées, sans albumine.

Rien d'anormal au cœur ni au poumon. Prescription. — Lavements d'eau tiède plusieurs fois par jour. — Compresses chaudes sur le ventre. — Quelques gouttes de teinture d'opium.

Evacuation répétée de matières fécaloïdes liquides. Cessation des vomissements et mieux relatif, mais il reste toujours un obstacle au cours normal des matières fécales. On sent toujours la tumeur dans la région inguinale droite, le diaphragme est remonté et il existe de la dyspnée. On réussit à maintenir l'intestin perméable par la continuation des lavements et par l'administration de petites doses de rhubarbe et de sulfate de magnésie et par une alimentation exclusivement liquide.

Cet état de bien-être relatif a duré jusqu'à la fin de mars. Depuis ce moment la maladie empira rapidement. L'amaigrissement devint excessif, les yeux sont excavés, la figure décharnée. La dyspnée atteignit parfois une très grande intensité. Malgré les lavements glacés les selles sont supprimées ; les vomissements recommencent. Le 14 avril, quatorze jours avant la mort, il se produit un fait étrange : le malade évacue avec ses selles plusieurs petites masses de substance noirâtre et comme sphacélées, les unes de la grosseur d'une cerise, les autres de la grosseur d'une prune. A cause de la désorganisation avancée il ne fut pas possible de faire un examen microscopique détaillé, mais il fut cependant possible de reconnaître sur de petits morceaux pris à la suface qu'il s'agissait d'éléments épithéliaux. Malgré cette évacuation, on sentait toujours la tumeur de la région iliaque et les tumeurs arrondies acces-

sibles par le rectum. A partir de ce moment l'état du malade empire rapidement, les phénomènes d'iléus augmentent et le malade succombe à la cachexie le 23 avril, à 4 heures du matin.

Autopsie. — Le Dr Jürgens pratique l'autopsie. L'abdomen est très-ballonné, le diaphragme remonte à droite jusqu'au bord supérieur de la 4e côte et à gauche jusqu'au bord inférieur de la même côte. L'intestin grêle est très-distendu par des gaz et présente, dans la région iliaque droite une quantité d'invaginations. En soulevant l'intestin, on aperçoit le colon aplati, la muqueuse est pâle. A 4 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, on trouve dans l'intestin grêle une tumeur pédiculée, de la grosseur d'une noix, invaginée dans le colon. Un peu plus haut se trouvent plusieurs autres tumeurs de la grosseur d'un œuf de poule, toutes pédiculées et plantées sur les parois de l'intestin. Ces tumeurs ont entrainé l'intestin et produit des invaginations dans la direction des mouvements intestinaux, de telle sorte que chaque tumeur se trouve dans le bout d'une invagination.

A la coupe, les tumeurs présentent l'aspect du tissu de la mœlle. Certaines tumeurs ont envahi la paroi entière de l'intestin, les autres laissent libre la tunique musculaire. La surface intestinale, est vert noirâtre avec des plaques disséminées de dégénérescence graisseuse

et télangiectasiques. Dans les parties invaginées la muqueuse est rouge, congestionnée, avec des ulcérations diphtéritiques. Dans la partie supérieure de l'intestin, il existe d'autres tumeurs pédiculées de la grosseur d'un pois ou d'un grain de café, notamment dans le duodénum, juste au-dessous du pylore.

L'estomac est libre.

La rate et le foie petits.

Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal.

OBSERVATION III

Obstruction intestinale. — Evolution lente Opération proposée. Action spontanée de l'intestin. Fortes doses de morphine. — Diarrhée. Mort. Autopsie. Cancer de l'intestin.

Finlayson Glascow. Med. Journal, 1879.

Le nommé X.., matelot, âgé de 22 ans, d'origine allemande, fut admis le 7 octobre dans l'après-midi à l'infirmerie de l'ouest. Le malade se plaignait de douleurs atroces de l'abdomen et avait une constipation opiniâtre. Fin septembre, il avait eu quelques selles mais pas suffisantes pour le soulager. Divers purgatifs furent pris sans succès, du reste le malade en vomissait la plus grande partie. A partir du 29 septembre les douleurs deviennent continuelles ; pas de vomissements, à part ceux déterminés

par les purgatifs. Depuis le 2 octobre le malade ne s'est pas levé ; les douleurs deviennent encore plus vives et l'empêchent de dormir. Des vomissements succèdent aux repas, qui sont cependant très-légers.

Le 7 octobre. — On constate des douleurs extrêmement aiguës se présentant toutes les 10 minutes et quelquefois plus. Pendant l'accès, les anses intestinales sont facilement perçues à la partie inférieure de l'abdomen et particulièrement du côté droit. Abdomen peu distendu, pas de tympanisme, légère sensibilité à la pression et sensation de gargouillement dans la région iliaque droite, au-dessus du ligament de Poupart. Malgré un examen minutieux des régions herniaires, on ne découvre aucune hernie. Le toucher rectal ne fait sentir aucune tumeur. On se rend compte seulement que l'intestin est distendu.

Au moment de l'admission on administre un grain d'opium et on applique des fomentations sur le ventre. A 8 heures, un 1/2 grain de morphine, répété à 10 heures. La douleur diminue beaucoup et le malade dort un peu. A 11 heures, une forte injection d'eau de savon, gardée 15 minutes sans obtenir aucune fèce.

Le 8 octobre. — Un demi grain de feuilles de belladone pulvérisées et un demi grain d'extrait de belladone en pillules toutes les 3 heures. La morphine fut continuée jusqu'à rémission de la douleur. Les vomissements aug-

mentant en fréquence et en quantité, on cesse l'administration par la bouche des aliments et des boissons. Lavements nutritifs et glace à sucer.

14 octobre. — Belladone à prendre toutes les six heures au lieu de toutes les trois heures comme précédemment. Friction avec le liniment belladonné de Squire et Cie. Les vomissement étant moins répétés, on permet au malade quelques aliments liquides. De grandes injections furent aussi données avec le tube long introduit assez haut dans l'intestin. Pas de fèces. Cependant, le 16 et le 17 octobre, l'eau qui sortait après les injections présentait une odeur légèrement fécale.

18 octobre. — L'état du malade étant très critique, il y eut une consultation. Les opinions de traitement opératoire furent diverses à cause de l'indétermination où l'on était sur la nature et la position exacte de l'obstruction. On proposa d'ouvrir l'abdomen et de rechercher l'obstruction, de pratiquer un anus artificiel soit dans les lombes, soit dans l'aine droite. Devant ces divergences d'opinions, le Dr Finlayson décida de ne pas intervenir le malade étant du reste un peu mieux. Cette temporisation prudente fut justifiée par la marche de la maladie, car, le soir même de ce jour, le malade évacua un petit flux de matières pultacées.

22 octobre. — Suppression de la belladone que le malade supporte mal. Continuation de

la morphine jusqu'à suppression de la douleur.

23 octobre. — Une injection donnée dans la soirée ramena une quantité appréciable de matières fécales. Le malade se sent mieux.

30 octobre. Le malade expulse avant l'injection un peu de matières fécales. A partir de ce jour les intestins se débarrassent assez bien, soit naturellement, soit au moyen de grandes injections.

Ce qui donne de l'intérêt à ce cas, c'est la grande quantité de morphine administrée en injections sous-cutanées sans produire aucun phénomène d'intoxication. On donna en une seule fois 5 grains de morphine et 19 grains en 17 heures, par doses variant de 3 à 5 grains, sans incommoder le malade.

Au début, on aurait pu supposer que c'était la belladone qui était la cause d'une pareille tolérance à de telles quantités de morphine ; mais, la belladone une fois supprimée, le malade continua à très bien tolérer la morphine. Une évacuation assez abondante de gaz diminue la douleur et la distension abdominale. Le malade sentait les gaz gronder sourdement dans son ventre comme si un obstacle les empêchait de sortir.

30 novembre. — L'abdomen est tellement dégonflé que l'on sent l'aorte abdominale. Impossible de percevoir la plus petite tumeur. L'urine sécrétée journellement est abondante et d'aspect normal.

8 décembre. — Une nouvelle phase se produit dans la maladie. Le malade est pris d'une diarrhée continue qui persista sans diminuer jusqu'au jour de la mort, le 11 décembre. Les injections opiacées furent essayées, mais sans profit, car le malade perdit tout pouvoir de rien retenir. L'opium, (solution de Battley) fut aussi donné par la bouche mais sans résultat; la diarrhée persista. Il n'y avait pas de vomissements. L'abdomen restait encore assez souple. Un jour ou deux avant la mort, on découvrit sur les limites des régions iliaque et lombaire du côté droit, une petite tumeur de la grosseur d'une noix. On ne put pas établir la consistance de cette tumeur, qui persista jusqu'à la mort sans se modifier.

Autopsie. — On trouve à la tête du cœcum une tumeur cancéreuse (épithélioma avec dégénérescence cœlloïde). La tumeur siégeait exactement au bord de la valvule iléo-cœcale, mais ne l'enveloppait pas complètement.

OBSERVATION IV

Cancer de cœcum. — Perforation. Communication de M. Lemaitre à la Société anatomique, le 6 juin 1850.

X..., tailleur, âgé de 26 ans, entre dans le service de M. Andral (hôpital de la Charité). Pendant l'été de 1849, sans cause connue, cet

homme maigrit et perdit ses forces; en novembre 1849, il accusa une douleur dans la région latérale droite de l'abdomen. Depuis cette époque, les matières fécales étaient quelquefois mêlées de pus et de sang. Il y eut des alternatives de diarrhée et de constipation. Le jour de l'entrée, on constate entre le flanc droit et la région ombilicale, une tumeur du volume du poing, immobile, séparée du foie, mate à la percussion; elle est le siège de douleurs sourdes et profondes, parfois lancinantes.

Au commencement de juin la diarrhée devient continue, les selles sont mêlées de sang; le 13 juin, début brusque, au niveau de la tumeur, d'une douleur vive, s'irradiant dans tout le côté droit du ventre et du thorax, tous les symptômes de la péritonite se manifestent et le malade succombe au bout de 38 heures.

On trouve à l'autopsie une péritonite partielle qui n'occupe que la moitié droite du ventre; une fausse membrane molle et d'un brun foncé limite une vaste cavité intra-péritonéale pleine d'une matière purulente, noire et fétide; cette fausse membrane tapisse la paroi abdominale, la face inférieure du foie, une partie du diaphragme, le colon ascendant, le cœcum, l'épiploon et quelques anses de l'intestin grêle. La cavité qu'elle limite communique avec la partie moyenne du cœcum par une perforation arrondie, large de 13 à 15 millimètres, dont les bords taillés à pic sont couverts d'une sanie noire et gangréneuse.

Autour de cette perforation, la muqueuse du cœcum est ulcérée et présente des lambeaux sphacélés ; en ce point les parois de l'intestin ont 3 centimètres d'épaisseur ; elles sont dures, lardacées ; leur coupe donne un vers lactescent par la pression et par le grattage. Cette tumeur squirrheuse fait saillie à la fois sur l'extérieur et vers l'intérieur ; il en résulte une diminution considérable dans le calibre de l'intestin. Le cancer a surtout atteint le côté interne du cœcum ; on ne retrouve pas l'appendice vermiculaire ; la valvule iléo-cœcale est à peu près détruite ; le mal ne s'est pas encore propagé à l'intestin grêle ; il n'y a de cancer ni dans les ganglions ni dans les autres organes.

OBSERVATION V

Rétrécissement cancéreux du colon. Gastrotomie. — Mort. — Autopsie.

Communication de M Ducros. Arch. géné. de médecine, 1838.

Annette Rondot, 25 ans, domestique, habituellement bien portante, n'ayant point eu d'enfants, ressent depuis son enfance des douleurs à l'épigastre, reparaissant 2 à 3 fois par an ; ces douleurs, extrêmement violentes autrefois, ont diminué peu à peu d'intensité ; elles durent une heure à une heure et demie. Leur début a toujours été brusque, leur cessation brusque aussi;

elles sont suivies du vomissement des ingesta et quelquefois de matières bilieuses. La santé n'est d'ailleurs que momentanément troublée par ces douleurs ; il y a toujours eu chez elle de l'appétit, de l'embonpoint et même un teint très-coloré. Il y a un an, elle dit s'être heurtée à la région iléo-cœcale. Au commencement de mars exaspération de ces symptômes. Elle souffrit d'abord à la région de l'épigastre comme autrefois ; puis, dès le lendemain, les douleurs se déplacèrent et se portèrent à la partie inférieure et droite de l'abdomen ; point de vomissements, mais des coliques et de la diarrhée. Dès le troisième jour à partir de l'invasion de la maladie, une tumeur volumineuse et dure apparut vers la région iléo-cœcale. Pendant deux mois la diarrhée a été presque constante, puis s'est supprimée pour faire place à des vomissements, et ceux-ci étaient formés soit par des matières ingérées, soit par un liquide verdâtre, transparent. Toujours la suppression des selles a été suivie d'une augmentation notable dans les coliques et les douleurs. La malade parle encore de chaleurs incommodes ressenties parfois, de frissons intercurrents. Quelquefois l'appétit était marqué ; mais les douleurs se remontrant tout à coup, la malade ne songeait plus à manger, d'autant plus que son état empirait toujours dès qu'elle satisfaisait son appétit, et surtout dès qu'elle prenait des boissons ou des aliments liquides ; de là amaigrissement, diminution des

forces ; la coloration de la face persistait cependant ; malgré ce cortège de symptômes plus ou moins fâcheux, elle vaquait à ses occupations, ne les interrompant que pour se placer une heure sur son lit. Au bout de deux mois, le 8 mai, elle entre à l'hôpital Cochin.

La tumeur occupe la région iléo-cœcale ; elle est ovoïde, de 3 à 4 pouces de hauteur et de 2 à 3 en travers, son grand diamètre est un peu oblique de haut en bas et d'arrière en avant, elle est dure, à peine sensible à la pression, profondément située et fixe à la place qu'elle occupe. Le toucher par le vagin et le rectum ne fait reconnaître rien d'anormal dans ces conduits ; seulement, il semble qu'on sente à travers leurs parois une dureté assez éloignée, vers le côté droit du bassin. Mêmes symptômes que ceux déjà décrits. La malade est traitée par des applications de 20 à 30 sangsues sur la tumeur ou à l'anus, répétées 3 fois ; on n'obtient aucune amélioration. Une constipation opiniâtre s'étant montrée dès les premiers jours de l'entrée de la malade à l'hôpital, des lavements émollients, puis purgatifs, sont donnés sans succès. Le 23 mai, tous les symptômes s'exaspèrent ; les vomissements changent de nature et finissent par être formés en entier de matières fécales avec tous leurs caractères. Une pilule de croton tiglium amène enfin des garde-robes, partie liquides, partie solides ; amélioration prompte, diminution de la tumeur, point de coliques depuis

ce moment ; point de vomissements ; l'appétit toutefois ne reparaît pas.

1er, 2 et 3 juin. La constipation succède à ces garde-robes. Des lavements purgatifs sont administrés sans avantages ; l'appareil de symptômes déjà exposés se montre de nouveau ; coliques, douleurs vives siégeant à la partie moyenne de l'abdomen surtout, vomissements de matières bilieuses, puis de matières fécales ; celles-ci sont jaunâtres, très fétides, un peu moins toutefois que les fèces qui ont traversé tout le canal. Une sorte de bouillonnement intestinal précède le vomissement et annonce à la malade qu'il va avoir lieu. On administre une pilule de croton (deux gouttes en une pilule).

4 juin. — Mêmes vomissements ; on distingue la saillie des circonvolutions intestinales ; peu de douleurs de l'abdomen au toucher ; point de selles ; urines faciles ; pouls normal ; peau fraîche. Une orange, de la glace en fragments sur la tumeur et aussi à l'intérieur ; une pilule de croton, trois lavements à l'eau glacée.

5 juin. — Abattement ; lèvres sèches ; langue grise et humide ; point de vomissements ; douleurs abdominales peu marquées, coliques fréquentes ; gargouillement ; du hoquet hier pour la première fois. On injecte dans le gros intestin une grande quantité d'eau avec une pompe aspirante et foulante, qui n'amène pas de ma-

tières fécales, et qui reste même aussi limpide que lorsqu'on l'a injectée.

M. Monod, chirugien de l'hôpital, ayant été consulté, on fait une gastrotomie immédiate au niveau de l'obstacle.

Une anse du gros intestin se présente, elle est écartée et M. Monod atteint une autre anse qui appartient à l'intestin grêle. Fente longitudinale, issue considérable de matières fécales. Fixation de l'anse intestinale aux bords de la plaie.

6 Juin. — Prostration, petitesse et fréquence du pouls, coloratien violacée de la face. Pas de vomissements. — Potion diacodée ; friction sur le ventre avec un gros d'onguent mercuriel ; fomentations émollientes, 20 sangsues ; une orange.

7 Juin. — Les extrémités sont froides, la face est violette, la langue est encore humide et grise ; plusieurs vomissements de matière bileuse, hoquet très fréquent, abdomen peu développé, sonore presque partout excepté aux environs de l'anus artificiel ; douloureux à la pression surtout dans cette région ; écoulement par la plaie d'une grande quantité de matières fécales liquides ; la respiration est courte et gênée ; le pouls radial est tout à fait insensible, Même prescription sauf les sangsues. Mort peu d'instants après la visite.

Autopsie. — Après un examen rapide de l'état de l'abdomen on cherche l'obstacle au cours des matières, et on le trouve à la partie

supérieure et postérieure du cœcum, à sa jonction avec le colon ascendant ; le cœcum ouvert en avant présente en haut un rétrécissement considérable qui permet tout au plus l'introduction d'une sonde de femme, l'extrémité du petit doigt ne peut pas y pénétrer. Au niveau de cet étranglement, le cœcum très adhérent avec les parties sous-jacentes est en rapport avec une masse squirrheuse blanchâtre, très dure, criant sous le scalpel, de la grosseur d'une noix, paraissant dépendre du feuillet péritonéal qui tapisse le bassin et se continuant d'autre part avec la membrane musculeuse du cœcum. Le cœcum à l'intérieur paraît boursouflé aux environs d'une dépression qui correspond à l'adhérence ; on dirait des fougosités commençantes ; la muqueuse ne présente pas de lésion notable au niveau de la dépression peu profonde mais distincte déjà indiquée ; cette dépression a 4 à 5 lignes de long sur 2 1/2 de large. Au-dessus du cœcum, arborisation très belle de la muqueuse avec gonflement de celle-ci ; à mesure qu'on examine des parties plus élevées du canal intestinal, elle est de moins en moins rouge. L'estomac est très rouge aussi, surtout dans la portion pylorique ; ce rouge est pointillé, coïncide avec la tuméfaction de la muqueuse, qui n'est pas sensiblement ramollie. Le gros intestin est sain, quelques matières dures dans la portion ascendante et transversale du colon.

Les autres organes abdominaux et les viscères de la cavité thoracique sont à l'état normal.

OBSERVATION VI

Occlusion intestinale par une tumeur cancroïde très rapidement développée dans la fosse iliaque droite. — Communication faite par M. Trèves à la Société médico-pratique de Paris, le 24 mars 1862.

Au commencement du mois de mars 1862, M. Trèves fut consulté par un jeune homme d'une santé ordinairement bonne, suivant une hygiène irréprochable, mais qui était tourmenté de temps à autre par de vagues douleurs abdominales.

Il venait d'être pris d'un de ces accès habituellement passagers de coliques auxquels il était sujet et continuait d'éprouver de l'insomnie et un dégoût très prononcé pour les aliments, sans que cependant la fièvre se soit trop allumée. Cet état, combattu d'abord par des laxatifs et des toniques émollients, persista pendant quinze jours et les douleurs abdominales nécessitèrent alors une application de sangsues.

L'amélioration qu'on en obtint fut assez notables pour permettre à ce jeune homme de se lever et de sortir.

Deux jours plus tard les coliques se firent sentir de nouveau, plus violentes cette fois;

elles s'accompagnaient de constipation et de tympanite.

Sans se compliquer d'accidents de péritonite confirmée, les douleurs et la tympanite résistèrent cependant aux moyens employés. La constipation restant absolue, l'administration de divers purgatifs, celle de la belladone, ayant été sans résultat, on en vint aux irrigations intestinales. Elles furent impuissantes. Un chirurgien fut alors appelé. La constipation en était à son vingtième jour de durée, des matières fécales venaient d'être vomies; on se résolut à pratiquer du côté droit un anus contre nature.

La section de l'intestin donna issue à une masse considérable de matières excrémentitielles; mais le malade ne tarda pas à succomber.

L'autopsie permit de constater dans la fosse iliaque droite des lésions de péritonite locale, une collection purulente sous-jacente au péritoine; puis une tumeur volumineuse qui fut reconnue de nature cancroïde et qui, comprimant l'intestin dans une étendue de plus de 30 centimètres, lui donnait par l'aplatissement et l'accolement réciproque de ses parois un aspect littéralement rubaniforme.

Or, jusqu'aux derniers jours, la tumeur avait échappé à l'investigation la plus scrupuleuse, et le sujet n'avait offert aucune apparence cachectique.

OBSERVATION VII

Académie royale de chirurgie, 1768. — Tumeur squirrheuse entre les tuniques de l'arc du colon. — Observation de M. Castanet maître en chirurgie à Pamiers.

Une femme forte et robuste, âgée de 25 ans, fut attaquée pour la première fois trois mois après une couche heureuse, d'une violente colique qui se dissipa après l'usage de quelques remèdes familiers : peu de jours après, elle revint avec des douleurs plus vives, suivies de quelques envies de vomir. La malade y devint sujette à des intervalles de quatre, de six, de huit, de dix, douze ou quinze jours, plus ou moins. La colique se manifestait toujours avec un vomissement de matières bilieuses, ou un cours de ventre plus ou moins considérable, jusqu'au sixième mois que cette femme devint enceinte de son quatrième enfant. Sa santé fut sans la moindre altération pendant tout le cours de sa grossesse, qui se termina heureusement le 5 juillet 1756. Dix jours après, la colique reparut avec des accidents très violents, on sentait dans l'abdomen une grosse tumeur mobile et que quelques personnes croyaient être un corps étranger dans la matrice. Cette femme mourut, épuisée par des vomissements continuels, le 23 du mois d'octobre suivant. On re-

connut par l'ouverture du corps, à l'arc du colon, une tumeur, presque du volume de deux poings, dans laquelle les tuniques de l'intestin étaient comprises. La coarctation du canal avait retenu, au-dessus de la tumeur, beaucoup de matières fécales qui distendaient considérablement le colon.

OBSERVATION VIII

Rétrécissement cancéreux du colon transverse.
Observation personnelle.

Le 18 novembre 1890, Léon C..., employé de bureau, âgé de 25 ans, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Le malade a été pris il y a environ deux mois d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, accompagnée de constipation. Après l'administration de quelques lavements, douleurs et constipation disparaissent. Depuis six semaines les douleurs ont reparu avec une grande intensité et sont suivies de vomissements bilieux, principalement à la suite d'excès de table.

Justement préoccupé de son état, Léon C... demande son admission à l'hôpital et il est envoyé dans le service de M. le professeur Proust salle St-Charles, lit n° 14.

19 novembre. — On constate à la palpation la présence dans la région du cœcum d'une tumeur arrondie de la grosseur du poing. Cette

tumeur est mate dans toute son étendue. Il existe dans la fosse iliaque droite une douleur continue, très intense, s'exagérant par la pression et s'irradiant dans les lombes et dans la cuisse. Point de côté.

Le malade n'a pas d'appétit et il est pris à chaque instant de nausées et de vomissements.

Langue blanche. Fièvre peu intense.

Constipation opiniâtre,

Dilatation stomacale.

Rien aux poumons ni au cœur. — Urines normales. On diagnostique une typhlite. Purgatif. Vésicatoire.

Du 19 novembre au 16 décembre l'état du malade ne s'est pas sensiblement modifié, bien que la tumeur ait considérablement augmenté.

18 décembre. — Le ventre est dur et ballonné, très douloureux à la pression. La constipation est opiniâtre, les lavements seuls provoquent des selles liquides et peu abondantes. Le malade mange à peine, il est pâle, très faible et très amaigri. La température descend au-dessous de la normale. Le ballonnement du ventre a augmenté. Il s'étend à tout l'abdomen. Les signes ne sont plus limités à la fosse iliaque droite.

Du 18 décembre au 21, jour de la mort, le malade a plusieurs vomissement porracés.

Autopsie. — Le cadavre est rigide ; le ventre ballonné et verdâtre.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve une petite quantité de liquide dans le péritoine. Le cœcum, le colon ascendant et les 2/3 droits du colon transverse sont très dilatés (grosseur de la cuisse environ) et occupent à eux seuls la plus grande partie de la cavité abdominale.

L'estomac, la totalité de l'intestin grêle, le colon ascendant et les 2/3 droits du colon transverse sont dilatés, remplis de matières liquides jaune ocre, très fétides. Le reste du colon transverse, le colon descendant et le rectum sont resserrés et disparaissent dans la cavité abdominale derrière les parties dilatées.

A l'ouverture du colon, on trouve à l'union des 2/3 droits avec le 1/3 gauche du colon transverse un rétrécissement annulaire ne permettant le passage à aucune matière, retrécissement provoqué par une petite tumeur très-dure de la grosseur d'une bellè noix, occupant presque toute la circonférence de l'intestin. A la coupe on voit que cette tumeur s'est développée aux dépens de la muqueuse avec épaississement de la musculeuse.

L'examen des autres organes ne révèle rien de particulier.

Poids des organes.	Rein droit,	150 gr.
	— gauche,	id.
	Foie,	1550.
	Cœur vide,	230.
	Rate,	130.

Examen histologique de la tumeur. — A un faible grossissement on peut constater que la néoplasie envahit toutes les tuniques de l'intestin mais que la lésion est surtout avancée au niveau de la muqueuse et de la couche musculeuse la plus externe (couche de fibres longitudinales). Dans la couche musculeuse interne (fibres circulaires) la lésion est moins avancée qu'entre les deux couches qu'elle sépare, de même l'enveloppe celluleuse de l'intestin est atteinte d'une façon moins uniforme. On voit aussi que la muqueuse et son chorion et surtout la musculeuse externe, sont énormément épaissies. La musculeuse présente au moins 10 fois son épaisseur normale.

Au niveau de la muqueuse et à un plus fort grossissement on constate que la néoplasie a absolument détruit les éléments constitutifs (épithélium de revètement, glande, chorion). La muqueuse et son chorion sont remplacés par un amas de cellules épithéliales volumineuses, irrégulières ovoïdes, de dimension variables, serrées les unes contre les autres. Presque partout le néoplasme a conservé la forme de la muqueuse intestinale avec les encoches qui creusent les orifices glandulaires. La surface de la tumeur, située dans la cavité intestinale, présente à sa partie moyenne une ulcération assez superficielle qui a excavé et déchiqueté irrégulièrement la surface. Dans la couche muscu-

leuse interne (couche de fibres circulaires) les éléments épithéliaux se groupent par petits amas enfermés entre des travées de tissu conjontif séparant les fibres musculaires. Dans la couche de fibres musculaires longitudinales on voit de longs boyaux formés par des accumulations de cellules épithéliales écartant les fibres musculaires en partie détruites. Enfin, dans la couche celluleuse externe on trouve encore quelques amas épithéliaux contenus dans des alvéoles de faisceaux conjonctifs. La tumeur est très peu vasculaire.

En résumé, l'aspect de la tumeur dans les parties ou les lésions sont le moins avancées (amas épithéliaux contenus dans les alvéoles limitées par des faisceaux conjonctifs) et le peu de vascularisation de la tumeur permettent de classer cette tumeur parmi les carcinomes, variété squirrheuse.

OBSERVATION IX

Rétrécissement organique du gros intestin. Accidents subits d'étranglement — Mort. — nécropsie par le docteur Gros. — Gazette des Hôpitaux, 1852, 20 mars.

Antoine Ph., âgé de 24 ans, tisserand, demeutant à Liepvre, est un garçon de forte constitution, bien musclé, tempérament sanguin et

qui n'a jamais été malade. Il est un peu ivrogne et boit surtout beaucoup d'eau-de-vie de mauvaise qualité.

Le 19 février 1852, dans la nuit, il fut pris sans cause connue de vomissements qu'il combattit par une dose assez forte d'eau-de-vie. Le remède augmenta le mal et provoqua de violentes coliques. Pendant cinq jours, il fut traité à domicile par un officier de santé. Le traitement consista surtout en lavements.

Le 25 février, cinq jours après l'invasion du mal, on dirigea le malade sur l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines. A son entrée il était dans l'état suivant.

Embonpoint normal, coloration normale des téguments; apyrexie parfaite; tympanite prononcée; ventre saillant ver l'ombilic; sonorité de tout l'abdomen et de l'épigastre; vomissements fréquents, peu abondants, muqueux. Depuis cinq jours pas de selles, pas d'évacuation de gaz intestinaux. — Lavement savonneux; frictions d'huile de camomille camphrée sur le ventre; cataplasme abdominal.

Le 26, nuit agitée. Coliques vives revenant par accès, occupant le ventre entier. Vomissements bilieux répétés. Le lavement n'a rien produit.

Le matin apyrexie parfaite, pouls à 72, intestin distendu par des gaz; tympanite plus prononcée qu'hier; coliques très douloureuses;

langue blanchâtre; pas de soif. — 15 sangsues sur le ventre; huile de ricin 45,00 avec huile de croton, tiglium 2 gouttes à prendre par cuillerées à bouche, de demi heure en demi heure; lavements savonneux.

Le 27, pas de selle par le purgatif. Deux lavements savonneux ont amené une selle insignifiante.

Ce matin la tympanite a encore augmenté. La sonorité s'étend jusque vers le milieu de la poitrine. Vomissements bilieux fréquents; respiration difficile. — Frictions éthérées, sur le ventre; magnésie calcinée, 10 frictions d'huile de croton sur le ventre; lavement purgatif.

A trois heures de l'après-midi les médicaments n'ont pas agi. Douches d'éther sulfurique sur le ventre, frictions sèches. Le malade est placé dans une baignoire vide; douche d'eau froide sur le ventre; puis introduction à plusieurs reprises d'une sonde œsophagienne par l'anus. La sonde pénètre jusqu'à l'S romaine. Arrivée là, elle se replie sur elle-même; impossible de pénétrer au-delà. Un lavement introduit par la sonde ne pénètre pas davantage. Même insuccès avec la sonde enduite de pommade belladonnée. Enfin, un bain tiède de cinq quarts d'heure, trois lavements de tabac restent également sans effets.

Le 28 la tympanite est excessive, le pouls baisse considérablement, le facies est hippo-

cratique. — Potion carminative avec extrait de gentiane et gouttes d'Hoffmann de chaque 2 gr., eau de menthe et infusion d'anis de chaque 60 gr., sirop d'anis 30 gr.

Le 29 la potion a fait expulser quelques gaz par la bouche. Ce matin, le pouls est filiforme, les douleurs sont nulles ; sueur froide, agonie.

Le malade a dans la matinée quelques vomissements stercoraux et meurt à 4 heures du soir, 10 jours après l'invasion des accidents.

Autopsie 24 heures après la mort. — Putréfaction très-avancée ; écume et liquides s'échappant abondamment par la bouche ; ventre énormément distendu. A l'incision des parois abdominales il s'échappe une petite quantité de gaz infects. Le diaphragme est profondément refoulé dans la poitrine. Le colon transverse occupe la place de l'estomac, qui est refoulé en arrière contre la colonne vertébrale. Les intestins grêles sont très-dilatés par places ; ils ont en quelques endroits, le diamètre d'un bras d'adulte. La dilatation du colon ascendant et du cœcum est énorme ; ce dernier est plus large qu'un estomac ordinaire, il est fortement gangrené. Il existe à ce point des traces d'inflammation péritonéale, des adhérences et des dépôts purulents.

Ouverture de l'intestin. — 1° état normal de la muqueuse du rectum de l'S romaine et de la moitié environ du colon descendant. A ce point

existe un bourrelet dur, calleux, long de 7 centimètres environ, qui bouche complètement le calibre de l'intestin.

2° Le bourrelet occupe toute l'épaisseur des parois intestinales. Incisé de dehors en dedans on le trouve formé par un tissu fibreux, élastique, d'un blanc bleuâtre, ayant l'apparence du tissu squirrheux. Examiné au microscope, il nous apparaît composé de fibres enchevêtrées contenant dans leurs interstices de nombreuses cellules épithéliales et d'autres en plus petit nombre présentant tous les caractères de cellules cancéreuses.

3° Au-dessus de ce bourrelet, l'intestin, très-distendu dans une étendue de 15 centimètres, est rempli d'une grande quantité de matières stercorales semi-liquides, d'un jaune doré. Le colon transverse est flasque, vide, de même que le colon ascendant dans sa moitié supérieure, et cela sans qu'il existe aucun obstacle apparent au cours des matières et des gaz. Tout le gros intestin est injecté en arborisations abondantes et fortement enflammé.

4° La moitié inférieure du colon ascendant et le cœcum sont énormément distendus, remplis de matières stercorales et de gaz et gangrenés dans leur totalité. La muqueuse et la tunique musculeuse sont détruites par places. Une de ces ulcérations est énorme, elle a 15 centimètres de long sur 8 de largeur ; ses bords sont

dentelés, taillés à pic. D'autres ulcérations de même nature, mais de moindres dimensions, siègent tant dans le cœcum que sur la valvule iléo-cœcale et dans les trois premiers mètres de l'intestin grèle.

5° Les intestins grêles présentent des arborisations abondantes, contiennent par places une grande quantité de gaz et des matières stercorales. De loin en loin on rencontre quelques ulcérations superficielles d'un rouge vif.

6° L'estomac, très petit, ratatiné, présente quelques marbrures d'un rouge vif.

7° Les glandes mésentériques sont gonflées ; leur tissu est normal.

8° La vésicule biliaire, très distendue, contient beaucoup de bile.

Rien à noter dans les autres organes.

OBSERVATION X

Bott. Britisch medical Journal, 1893.

Autopsie. — 26 heures après la mort. — Le corps est émacié, l'abdomen gonflé. Le sac péritonéal contient un liquide séreux. L'épipleon est adhérent par environ la moitié de son bord inférieur. La courbure sigmoïde du colon est énormément distendue et ses tuniques hypertrophiées. Elle fait saillie en dehors, en avant des autres intestins et s'étend jusqu'au côté droit. Elle était au moins d'environ 4 pouces de

diamètre et deux pieds et demi de long. Elle contenait une grande quantité de fèces liquides et argileuses. A peu près à la réunion du colon avec le rectum se trouvait l'étranglement. Il apparaissait comme si l'intestin avait été serré avec une ficelle. Il existait à peine un petit pertuis. L'anus artificiel était granuleux et congestionné sans induration. Le colon, à l'exception de la courbure sigmoïde, était contracté et presque vide, de même que le rectum.

Le foie était hypertrophié, dur et congestionné, amplement infiltré de tissu carcinomateux.

Pas de cancer dans les autres viscères.

OBSERVATION XI

Tumeur épithéliale sous-muqueuse du gros intestin siégeant au niveau de l'S iliaque, phlegmon de la fosse iliaque et psoïtis consécutifs Mort. Autopsie. Laveran, Progrès médical, 1875.

H..., soldat à la garde républicaine, âgé de 25 ans, entre au Val-de-Grâce le 21 novembre 1874 (salle 26, lit 6). Ce malade a déjà fais un séjour à l'hôpital, il y a trois mois environ, pour syphilis; disons tout de suite que nous ne trouvons plus de trace d'accidents spécifiques et que l'on ne peut savoir si véritablement les

accidents vénériens doivent être rapportés à la syphilis proprement dite.

H.... se plaint d'anorexie, de faiblesse générale il est anémique, considérablement amaigri, les pommettes sont saillantes; en un mot le malade a l'habitus extérieur d'un phthisique et nous constatons avec étonnement que les poumons respirent bien, l'auscultation ne révèle que quelques râles sibilants, en arrière. En palpant l'abdomen, on découvre dans la fosse iliaque gauche, juste au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur dure, bosselée dont le volume peut être comparé à celui d'une pomme de moyenne grosseur. Cette tumeur adhère aux parties profondes non à la paroi antérieure de l'abdomen, qui n'est ni rouge, ni enflammée à ce niveau, la pression n'est pas douloureuse à l'endroit même où siège la tumeur, mais il existe un point douloureux entre les épines iliaques antérieures ; pas de battements ni de souffle à l'auscultation.

Le malade, préoccupé de son état général n'avait pas appelé notre attention sur cette tumeur; cependant, après il nous dit que depuis deux mois il s'était aperçu qu'il y avait quelque chose de dur au-dessus du pli de l'aine à gauche. La tumeur, indolente par elle-même, donne lieu à des irradiations douloureuses le long des branches du plexus crural, principalement pendant la marche. La circulation n'est pas gê-

née dans le membre inférieur gauche, la cuisse s'étend librement, il n'y a pas de rétraction ; les ganglions inuginaux ne sont ni hypertrophiés, ni douloureux ; les fonctions intestinales s'accomplissent régulièrement ; il n'y a pas de retention de matières. Les testicules sont dans les bourses ; rien à noter du côté du squelette du bassin, ni de la colonne vertébrale.

Les purgatifs procurent facilement des selles liquides, sans faire disparaître la tumeur, ce qui fait éliminer l'idée de tumeur stercorale.

Le thermomètre appliqué matin et soir dans l'aisselle, montre qu'il existe une fièvre hectique. Le soir 39° à 40° avec rémissions matinales allant jusqu'à la normale. Persistance de l'anorexie malgré le quassia, le quinquina, la rhubarbe — Le malade maigrit de plus en plus et accuse des sueurs nocturnes. On porte le diagnostic de tumeur serofuleuse ou tuberculeuse des glanglions iliaques. Traitement reconstituant : huile de foie de morues, vin de quinquina. Badigeonnages iodés au niveau de la tumeur.

Dans le courant du mois de décembre une agravation notable se produit dans l'état du malade. La tumeur jusque là indolore devient le siège de vives souffrances qui ôtait tout repos au malade. Les muscles fléchissurs de la cuisse sur le bassin se contractent et le membre inférieure gauche prend la position qu'il a

dans le psoïtis ; la fièvre hectique persiste. Du 10 au 15 décembre, les températures du soir sont 39°8 — 40°2 — 39°8 — 40° — 39°4 ; à partir du 15 la fièvre diminue, les températures du matin sont normales ; malgré l'étendue des oscillations thermométriques, le malade n'accusa jamais de frissons violents. (Cataplasmes laudanisés, opiacés à l'intérieur, le 16 décembre, un vésicatoire loco dolenti, pansement à la morphine).

Dans les derniers jours du 'mois de décembre, un abcès tend à se faire jour au dehors au-dessus du ligament de Fallope. La peau est rouge, douloureuse à la pression, légèrement œdématiée, la fluctuation devient manifeste. Une première application de pâte de Vienne est faite sur la partie la plus saillante de la tumeur, mais deux jours après le malade est tellement affaibli qu'on renonce à toute intervention chirurgicale. Le malade succombe le 30 décembre.

Autopsie le 1er janvier 1875. — Le cadavre est fortement émacié. Après avoir ouvert l'abdomen, je cherche à isoler la tumeur, mais inutilement et je prends le parti de l'enlever avec le gros intestin auquel elle adhère fortement ; pendant cette opération j'ouvre une large collection purulente qui se trouve au-dessous de la tumeur et qui occupe toute la fosse iliaque gauche. L'aponévrose iliaque a

disparu en partie et le muscle iliaque n'est plus représenté que par des lambeaux noirâtres, imbibés de pus, au milieu desquels on remarque le nerf crural qui a conservé sa coloration blanchâtre; en avant l'abcès iliaque s'est frayé une route jusque sous la peau de l'abdomen par un trajet situé en dehors du muscle grand droit du côté gauche.

Le gros intestin fait le tour presque complet de la tumeur. Il s'aplatit sur elle comme ferait un large ruban de caoutchouc ; pas de distension notable de l'intestin au-dessus de la tumeur, pas d'accumulations de matières fécales.

Le gros intestin est alors ouvert dans toute sa longueur, opération qui peut se faire sans intéresser la tumeur qui est développée dans la paroi du gros intestin, mais d'un côté seulement et ne rétrécit pas le calibre de l'intestin. Elle ne fait pas saillie sous forme de polype. La muqueuse est un peu plissée mais non ulcérée.

La tumeur est inégale, bosselée, assez consistante et mesure de 8 à 10 centimètres dans tous ses diamètres. Sur des coupes, marbrures blanchâtres et grisâtres qui rappellent complètement l'aspect du cancer encéphaloïde. Ce dernier diagnostic ne paraît pas douteux. Rien à noter dans tous les autres organes.

Examen histologique. — Des coupes pratiquées dans différents points de la tumeur, permettent facilement de constater qu'il ne s'agit

pas d'un carcinome ainsi que l'examen microscopique l'avait fait supposer, mais d'une tumeur épithéliale dont on distingue les éléments suivants.

1° Un stroma fibreux, épais sur certains points, très délicat sur d'autres, circonscrit des mailles très inégales de forme et de dimensions les unes allongées, grandes à bords irréguliers, les autres petites, arrondies.

2° La paroi de ces lacunes ou de ces kystes est tapissée par un épithélium cylindrique, continu, parfaitement conservé; les cellules sont cylindriques, munies d'un plateau et d'un gros noyau, quelques unes sont creusées de vacuoles. Dans les lacunes les plus petites, l'épithélium paraît plus jeune que dans les grandes; il est mieux conservé et on distingue des cils vibratilse.

3° Dans l'intérieur des lacunes, on trouve des masses irrégulières, en partie amorphes, en partie constituées par des cellules granuleuses arrondies ou ramifiées; ces masses se colorent en jaune par le picrocarminate, tandis que l'épithélium et le tissu conjonctif prennent une coloration rose plus ou moins foncée.

Sur une même coupe, on peut suivre pour ainsi dire pas à pas les transformations de ces cavités kystiques; ici le kyste est à l'état naissant, une couche très régulière d'épithélium à cils vibratiles entoure un petit orifice nettement

arrondi ; là le kyste s'est élargi, une matière muqueuse s'est accumulée au centre et a déterminé par compression l'affaissement de la couche épithéliale qui ne présente plus la même régularité que dans les kystes de petit volume ; là enfin plusieurs cavités se sont réunies par rupture des parois communes et les bords du kyste présentent une série d'enfoncements, de dentelures, tapissées d'épithélium. La tumeur est très peu vasculaire.

L'examen du nerf crural montre qu'il est le siège d'une inflammation très caractérisée par la prolifération du tissu conjonctif intertitiel et un état variqueux très prononcé des tubes nerveux.

OBSERVATION XII

Etranglement de la courbure sigmoïde du colon. Communication du Dr Peacock. Trans. of. path. Soci. 1849.

Une femme de 22 ans, qui avait de plusieurs mois de la constipation et des symptômes dyspeptiques, fut prise le dimanche 11 mars au matin de douleurs dans le ventre et de vomissements. Le Dr Bentley l'examine et apprit qu'elle n'avait pas eu de selles depuis trois semaines. On lui fit prendre du calomel et de faibles doses d'opium. A la suite de ce traitement les vomissements et les douleurs diminuèrent.

Le 13 mars au matin la malade se plaint de douleurs dans le ventre, principalement dans la région iliaque droite. Sensibilité à la pression. Sensation de résistance et de plénitude dans le trajet du colon descendant bien que la malade ait évacué, peu de temps avant l'examen, une masse de matières fécales très volumineuse et très dure. Pas de vomissements; symptômes fébriles peu accentués. Pouls calme avec 92 pulsations, Langue légèrement saburale.

La malade est transportée au Royal-Free-Hospital, où on lui donne : deux grains de calomel et un grain d'opium à prendre toutes les deux heures ; boissons effervescentes contenant de la morphine et de l'acide cyanhydrique à intervalles rapprochés et des cataplasmes émollients. Un lavement simple dans la matinée.

14 mars. — La malade est beaucoup plus mal. Des douleurs atroces et des vomissements fréquents se sont succédés toute la nuit. Evacuations de scybales et de lambeaux membraneux très noirs et d'odeur fétide. Le ventre est enflé, tendu, tympanisé et extrêmement sensible. Le pouls petit, filiforme, la langue recouverte d'un enduit gris mat. Calomel et quinine à intervalles plus rapprochés. Interruption des boissons effervescentes. Boissons alcooliques et bain d'air chaud. Collapsus rapide et mort le 15, à 9 heures du matin.

Autopsie. — 24 heures après la mort. L'intes-

tin grêle est largement distendu par les gaz. Sa surface péritoniale présente la vascularisation quadrangulaire usuelle, caractéristique de l'inflammation du péritoine. Il y a une petite quantité de sérum opaque, coloré en jaune, contenant des parties floconneuses de lymphe dans la cavité abdominale. Le colon est brun foncé, fortement distendu depuis le cœcum jusqu'au commencement de la courbure sigmoïde. A partir de cet endroit, la distension cesse brusquement et l'intestin est contracté. L'intestin ouvert on constate qu'il est rempli, dans la partie située au-dessus de l'étranglement, d'un liquide noir, grumeux, d'une odeur infecte.

Au niveau de l'étranglement, les tuniques de l'intestin sont très épaissies et indurées. L'extrémité supérieure de l'étranglement est entourée d'un ulcère large et profond. Depuis cet endroit jusqu'au cœcum, la totalité de la membrane muqueuse du colon était gangrenée, d'une couleur brun foncé et par places entièrement noire. A certains endroits les tissus gangrenés étaient complètement détachés des tissus sous-jacents.

A cause des symptômes et de l'évolution rapide de la maladie, on avait diagnostiqué l'existence d'une perforation en un point quelconque du canal intestinal. Malgré un examen minutieux rien ne fut découvert pour confirmer cette hypothèse.

OBSERVATION XIII

Cicarnome du gros intestin Laparatomie par Crédé. — Archives de chirurgie de Langenbeck, 1882.

Homme de 23 ans. — On trouve dans l'intestin, en divers endroits, des tumeurs globuleuses de telle façon qu'on ne peut songer à faire une cure radicale. Résection d'un segment de l'intestin dont le sommet se trouve du côté du mésentère. La tumeur enlevée était grosse comme une prune. Suture intestinale avec de la soie de Czerny. Guérison de la plaie opératoire sans réaction. Sortie de l'opéré, le 21 décembre 1880.

CONCLUSIONS

I. — De 20 à 30 ans, le cancer de l'intestin est assez rare. Il se rencontre surtout chez les hommes.

II. — Il ne diffère pas au point de vue anatomo-pathologique du cancer développé à un âge plus avancé.

III. — A part les hémorrhagies intestinales qui sont très rares, il donne lieu aux mêmes symptômes.

IV. — Son évolution est manifestement plus rapide.

V. — La difficulté de déterminer le diagnostic, lorsque le malade ne présente pas de tumeur et est âgé de plus de 30 ans, est encore accrue lorsqu'il a moins de 30 ans, son jeune âge tendant à faire éliminer l'idée de cancer.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

Vu :
Le Président de thèse,
A. PROUST.

BIBLIOGRAPHIE

Consulter les traités de pathologie et les Dictionnaires des sciences médicales aux articles concernant l'intestin et le cancer.

Bott. — Britisch medical Journal, 1873.

Castanet. — Mémoires de l'Académie de chirurgie, 1768.

Charcot et Bouchard. — Traité de Médecine.

Cruveilher. — Anatomie pathologique. Livre XII.

Duzan. — Cancer chez les enfants. Thèse 1876.

Ducros. — Archives générales de médecine, 1838.

Eichorst. — Traité de pathologie interne et de thérapeutique.

Finlayson. — Glascow medical Journal, 1879.

Fleur. — Cancer de l'intestin. Thèse 1879.

Gros. — Gazette des Hôpitaux, 1852.

Haussmann. — Etiologie et anatomie pathologique du cancer de l'intestin Thèse 1882.

Journet. — Cancer de la terminaison de l'intestin grêle. Thèse 1883.

Langenbeck's. Archiv. 1882.

Laveran. — Progrès médical, 1875.

id Archives de physiologie, 1876.

Lemaître. — Société anatomique, 1850.

Peacock. — Transaction of path. Socicty, 1849.

Reybard. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1880.

Salomon. — Charité Annalen, 1878.

Trêves. — Union médicale, 1862.

TABLE DES MATIÈRES

Imprimerie des Thèses de Médecine